

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

9

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Eugène LEFRANÇOIS

Né à Bréauté (Seine-Inférieure), le 8 mars 1882.

SUR UN

KYSTE RÉTROPÉRITONÉAL
PARARÉNAL

Président : M. KIRMISSON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vr^e)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	{ WIDAL
	TESSIER
Pathologie chirurgicale.	X.
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	MARFAN
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	{ DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	{ DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	N.
	{ BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERRER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVLRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

En terminant nos études médicales, nous tenons à remercier nos maîtres des hôpitaux et de l'École de Médecine de Rouen, qui, par leur direction éclairée et leur bienveillance, nous ont instruit et encouragé.

Particulièrement pour cette thèse, nous devons exprimer toute notre gratitude à MM. les professeurs François Hue et Dévé, chirurgien et médecin des hôpitaux de Rouen, à M. le Dr Guerbet, professeur à l'École de Médecine et de Pharmacie.

M. le professeur François Hue, dans le service duquel nous avons terminé notre internat, s'est départi en notre faveur de l'observation qui fait l'objet de ce très modeste travail : nous l'en remercions bien vivement, ainsi que de la précieuse éducation chirurgicale que nous avons reçue dans son service.

M. le professeur Dévé, pour cette observation, a eu l'obligeance de pratiquer l'examen histologique et de rédiger la note d'anatomie pathologique. Nous ne saurions manquer de lui exprimer toute reconnaissance : pour cela et pour les marques d'intérêt qu'il nous a prodiguées au cours de nos études.

Nous devons, à M. le professeur Guerbet, un examen chimique très complet et très étudié du liquide contenu dans la tumeur que nous étudions.

Que M. le professeur Kirmisson veuille bien agréer l'expression de toute notre gratitude pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

SUR UN

KYSTE RÉTROPÉRITONÉAL PARARÉNAL

INTRODUCTION

Il est tout un ordre de tumeurs, dont la symptomatologie encore vague et la variété de constitution rendent la classification incertaine : ce sont celles qui se développent dans l'abdomen derrière le feuillet péritonéal pariétal postérieur. Certaines d'entre elles ont fait l'objet de travaux importants, mais le nombre d'observations en est encore limité. Certes, la systématisation en est faite, mais les cas nouveaux contribueront certainement à la préciser.

Nous devons, à la bienveillance de M. le professeur François Hue, de Rouen, l'observation de la tumeur rétro-péritonéale qui fera l'objet de ce modeste travail. Nous la ferons suivre d'une seconde observation de même source, mais c'est sur la première seulement que portera la discussion parce qu'elle seule est véritablement complète. Nous chercherons à établir au point de vue clinique, son diagnostic

différentiel avec toutes les affections pouvant offrir une symptomatologie analogue, en nous attachant surtout à [la séparer des tumeurs kystiques du mésentère et du mésocôlon : nous dégagerons ainsi son caractère nettement rétro-péritonéal.

En nous appuyant sur les documents récents concernant les faits de ce genre, nous nous attacherons à en définir autant que possible la symptomatologie, et enfin, malgré le peu de données que nous fournit l'examen histologique, nous essaierons d'assigner à cette tumeur une origine acceptable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. C..., vingt ans, vient consulter, en octobre 1908, parce que son ventre grossit et qu'elle se plaint d'en souffrir. C'est une forte fille de campagne, elle a très bonne mine et ne paraît nullement fatiguée. Sa mère et ses deux frères sont morts de tuberculose pulmonaire : il lui reste un frère et une sœur, tous deux bien portants.

Elle s'est toujours bien portée ; elle fut réglée à quatorze ans, et toujours régulièrement jusqu'à ces derniers mois : à ce moment, ses règles sont devenues irrégulières ; elle avait le plus souvent des retards, mais aussi, dans le courant du mois, de petites pertes, et des règles durant plus de huit jours, parfois douloureuses.

Actuellement, son ventre, développé comme par une grossesse de huit mois, commence à la gêner. Elle ne sait ni quand, ni dans quelle région a commencé l'augmentation de volume : jusqu'alors, en effet, elle n'en était pas autrement incommodée. Elle prenait part à tous les travaux de la ferme paternelle, sans s'être jamais arrêtée. Son état général n'a pas souffert, l'appétit est demeuré bon. Les fonctions intestinales et vésicales sont demeurées normales.

Examen. — On trouve l'abdomen distendu par une tumeur qui en occupe la plus grande partie, avec prédominance à droite : tumeur irrégulière, légèrement bosselée, s'enfonçant sous les côtes, aussi bien à gauche qu'à droite. Il y a de la fluctuation, mais plus accentuée en certains points, comme si la tumeur était multilobée même en ces points, cette fluctuation est difficile à percevoir, c'est pourquoi l'on pense à l'existence d'une poche très épaisse.

La tumeur se prolonge dans la région rénale droite, et donne à la percussion une complète matité dans toute son étendue.

La fosse iliaque droite est mate, et en haut, la matité de la tumeur se continue sans interposition de sonorité avec celle du foie. Dans aucun sens, on ne peut percevoir de mobilité de la masse.

Le toucher vaginal, rendu difficile par l'intégrité de l'hymen permet de sentir la tumeur dans la région vésicale, repoussant l'utérus en arrière et le fixant presque complètement dans cette situation.

Le diagnostic porté fut celui de « kyste ovarique », à cause du développement de la tumeur, de sa plongée dans le bassin, en dépit de son extension en haut, jusqu'aux fausses côtes. Il fut aussi tenu compte de l'âge de la malade.

Opération. — Incision médiane sous-ombilicale, qui dut être ensuite prolongée à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Position renversée peu accentuée.

A l'ouverture de l'abdomen, on tombe immédiatement sur la tumeur recouverte par un feuillet péritonéal très vasculaire de provenance très difficile à déterminer au premier

abord, car l'exploration était gênée par la distension de la tumeur qui remplissait tout le champ, et était bridée par des parois abdominales tendues et robustes.

Ponction exploratrice à travers la couche péritonéale, sous laquelle la paroi même de la tumeur était épaissie, ainsi que le faisait présumer l'examen. L'aspiration donne issue à 4 litres de liquide hématique, inodore, couleur de bière foncée et contenant des agglomérats d'aspect fibrineux.

Il fut alors facile, après l'évacuation partielle, de se rendre compte que la couche péritonéale était celle qui recouvre la paroi postérieure même de l'abdomen. Sur la partie gauche de la tumeur se trouvait le côlon ascendant à droite duquel le trocart avait traversé le péritoine. La tumeur venait donc de la région rénale droite, ce qui devint d'ailleurs évident dans la suite de l'intervention.

Une incision de 10 à 12 centimètres fut pratiquée sur le feuillet pariétal pour avoir accès sur la poche kystique, et tenter une énucléation transpéritonéale de la tumeur en protégeant facilement la grande cavité péritonéale. Cette énucléation qui, au début, paraissait devoir être très pénible, devint au contraire bientôt très aisée grâce à la découverte rapide d'un bon plan de clivage.

Pour réduire au minimum le volume de la tumeur, il fallut l'exprimer : il s'en écoula une grande quantité de masses molles, d'aspect fibrineux qui emplirent un bassin réniforme, de verre de contenance ordinaire.

Le décollement conduisit en bas dans le bassin, en haut sous le foie, à gauche vers la rate : la tumeur chevauchait la colonne vertébrale, en avant des vaisseaux qui semblaient à nu sous les doigts. Le décollement à ce niveau n'était pas

rassurant, et faisait craindre à tout instant, une déchirure irréparable : il n'en fut heureusement rien, et toute la poche put enfin être sortie. En un seul point, le péritoine était adhérent, il fallut le réséquer au bistouri.

Il n'y avait de pédicule ni vasculaire, ni urétéral : l'hémotase fut simple : seules durent être liées deux artérioles qui donnaient un peu dans la profondeur.

A aucun moment on n'eut la notion du rein droit : il n'était ni en bas ni en dehors ; s'il était distinct de la tumeur, il ne pouvait être qu'en haut et en dedans.

La vaste cavité laissée par la tumeur fut drainée par la région lombaire avec trois drains n° 30 accolés, et une forte mèche.

Surjet au catgut sur l'incision et la ponction péritonéale.

Drainage du Douglas avec un gros drain sortant à la partie inférieure de la plaie.

Suture totale de la paroi au crin double, puis suture à trois plans. Au cours des manœuvres de réfection de la paroi, les viscères reprirent leur place normale : le cæcum vint manifestement se glisser avec son appendice, dans la fosse iliaque droite, d'où il découchait depuis longtemps. Il avait été avec le côlon ascendant, repoussé bien au delà par la tumeur, à gauche de la ligne médiane.

La tumeur n'avait aucun point de contact avec les organes génitaux : utérus, ovaires ou trompes, qui, d'ailleurs, étaient sains.

Elle était seulement venue, en bombant dans le bassin, les déplacer en arrière et les repousser en bas.

Suites opératoires. — Normales et apyrétiques.

Sortie de la maison de santé trente-cinq jours après, en parfait état.

Un an après, la malade donne d'excellentes nouvelles.

Examen macroscopique de la tumeur. — La poche était composée d'une paroi épaisse, lisse à l'extérieur, très légèrement bosselée, ainsi que l'avait fait sentir la palpation.

Coloration blanchâtre, consistance ferme.

L'intérieur était tapissé d'alvéoles remplies d'un liquide louche jaunâtre, opalescent ou sanguinolent suivant les endroits.

Des tractus enchevêtrés parcouraient la poche, ils supportaient des masses inconsistantes.

Une grande quantité de ces produits avait été évacuée avec le liquide aspiré ou par l'expression.

L'épaisseur de la paroi variait de 3 millimètres à 3 ou 4 centimètres.

L'incision d'un des points d'épaississement montre un tissu lardacé rappelant le fibrome utérin le plus serré, mais sans apparence de fibres d'aucune sorte.

En aucun endroit de la tumeur on ne peut découvrir de bassinets ni d'uretère.

Pas de pédicule vasculaire.

Examen histologique, pratiqué par M. le professeur Duvé. — Plusieurs morceaux intéressant toute l'épaisseur de la paroi kystique ont été prélevés en différents points de la poche et fixés, les uns dans l'alcool fort, les autres dans le formol. Le tissu en paraît succulent, les morceaux fixés dans l'alcool se rétractent assez fortement.

Inclusion à la colloïdine. Coloration à l'hématoïne éosine orange. La largeur des coupes, qui correspond à toute l'épaisseur de la paroi, est de 23 à 25 millimètres.

Examinées à l'œil nu, les préparations histologiques offrent

une coloration rose vif uniforme, dans toute leur étendue, sauf au niveau d'une mince couche superficielle formant un liseré de coloration lilas qui mesure un 1/2 millimètre d'épaisseur.

L'examen, au faible grossissement du microscope, confirme en même temps qu'il explique cet aspect macroscopique

Sauf dans la région corticale, sur la structure de laquelle nous allons revenir, la coupe est, en effet, formée par un tissu amorphe, vaguement fasciculé, œdémateux par places, qui est troué comme à l'emporte-pièce, d'assez nombreux orifices arrondis ou allongés, évidemment vasculaires pour la plupart.

Dans le tissu fondamental, on ne rencontre pas un noyau, pas un leucocyte ayant pris l'hématoïne.

Ce tissu, uniformément coloré par l'éosine, est atteint de névrose fibrinoïde. Par endroits, on constate, dans la lumière vasculaire, une sorte de coagulum, de coloration rose foncée qui est probablement le vestige de trombooses veineuses ultimes.

La surface interne de la paroi est irrégulière, déchiquetée et comme plaquée de dépôts fibrinoïdes en déliquescence. Nulle part, et nous insistons sur cette constatation négative, on n'y découvre le moindre vestige d'un épithélium ou d'un endothélium quelconques.

La région corticale de la paroi kystique offre un aspect tout différent. Parfaitement régulière à sa surface, elle est constituée par des assises serrées, parallèles et légèrement ondulées de lamelles conjonctives et collagènes, renfermant entre elles des noyaux allongés, d'assez nombreuses cellules conjonctives.

Au-dessous de cette première couche, toute superficielle et très mince, s'en distingue une seconde plus dense et plus cellulaire (cellules conjonctives fusiformes, pas de cellules rondes inflammatoires, pas de leucocytes), à peu près privée de vaisseaux comme la précédente. Cette couche se continue enfin par une zone de transition rapide (où les noyaux allongés vont se clairsemant, se dégradant et s'entremêlant de quelques cellules rondes) avec le tissu fondamental sous-jacent, nécrosé et fibrinoïde.

Pas de dépôts de pigment ferrugineux, à peine quelques très rares granulations disséminées.

En résumé, il s'agit d'une paroi constituée par un tissu vaguement fasciculé, offrant l'aspect de la nécrose fibrinoïde : cette névrose paraissant progresser excentriquement.

Il semble que le tissu primitif ait été conjonctif ou simplement même fibrineux.

En aucun point de la surface cavitaire on ne rencontre d'épithélium qui permette d'en faire une tumeur développée aux dépens de débris embryonnaires du corps de Wolff.

D'autre part, l'absence à peu près complète de pigment ocre ferrugineux rend inadmissible l'hypothèse d'un ancien hématome enkysté.

Examen clinique du liquide kystique

(par M. le professeur Guerbet)

Aspect : visqueux, gluant, semblable à celui des kystes ovarique.

Couleur : rougeâtre, due à du sang.

Odeur : nulle.

Densité : 1014.

Réaction : alcaline (alcalinite, 0,28 o/o NaOH., due à des carbonates ovariques.

Extrait sec : 4 gr. 80 par litre.

Matières minérales : 0,61 o/o.

Matières organiques : 4,19 o/o.

Albumine particulière : 3,75 o/o

Urates, phosphates : néant.

Fibrine : néant.

Fibrinogène : néant.

Albumoses : néant.

Peptones : néant.

Matières grasses : 0,12 o/o.

Urée : 0,85 o/o.

Chlorures : 0,56 o/o.

Il n'y a ni acide urique, ni glucose, ni lécithine, ni cholestérine, ni pigments biliaires.

Examen microscopique. — Nombreuses hématies, leucocytes assez nombreux.

Au point de vue bactériologique : liquide aseptique.

Caractères de l'albumine. — L'albumine rencontrée adés caractères particuliers sur lesquels nous croyons devoir nous étendre. Elle ne semble pas constituée par un mélange, mais par une seule espèce.

Dans le liquide alcalin, l'albumine coagule en bloc à l'ébullition : ce coagulum est soluble dans l'acide acétique dès que la proportion de celui-ci atteint 0,50 o/o, c'est-à-dire en très léger excès.

Le liquide ne précipite pas par l'acide acétique à froid.

Le liquide additionné d'acide acétique, dans une proportion dépassant 0,50 o/o, ne coagule pas par la chaleur.

Le liquide saturé de sulfate de soude et chauffé, coagule : la coagulation est insoluble dans un excès d'acide acétique.

Le liquide additionné d'acide azotique, et chauffé à l'ébullition, donne un coagulum non soluble dans l'acide acétique.

Le liquide saturé de sulfate de soude ou de chlorure de sodium, ou de sulfate de magnésie ne donne aucun précipité.

L'albumine, précipitée par l'alcool à 95° et dialysée, est soluble dans l'eau distillée : ses caractères rappellent ceux qu'elle possède dans le liquide de ponction.

La saturation, par le sulfate d'ammoniaque, donne un très léger précipité granuleux.

Si on traite cette albumine au R. M. bouillant, par HCl dilué et qu'on neutralise la solution par la soude, le liquide obtenu ne réduit pas la liqueur de Fehling.

En conclusion, cette albumine n'a aucun des caractères particuliers de :

La sérine

La globuline.

Les alcali ou acide albumines.

D'une mucine.

D'une pseudo-mucine (kystes de l'ovaire).

D'une nucléo-albumine.

Nous devons la ranger provisoirement, dans le groupe des albumines décrites par Patein et rencontrées dans certaines urines.

Ces albumines acéto-solubles ont les caractères suivants :

Elles sont coagulables en milieu neutre ou très faiblement acides, mais non coagulables en milieu acidifié par l'acide acétique.

Elle est coagulable à l'ébullition en présence de l'acide azotique même en solution acétique.

Le milieu étant saturé de sulfate de soude, l'albumine perd son acéto-solubilité.

Voici la seconde observation que nous tenons de la même source et qu'à titre documentaire nous ajoutons à la première :

OBSERVATION II

M. B..., deux ans, fille.

Entrée pour tumeur abdominale.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, âgée de trente-six ans, n'a jamais fait de fausse couche.

Père âgé de trente-neuf ans : a eu deux fluxions de poitrine, à la suite de quoi il tousse toujours.

— *Antécédents collatéraux.* — Trois autres enfants, dont un de santé précaire.

Antécédents personnels. — La malade, née à terme, a

toujours été malingre. Pas de diarrhée ni de bronchite. Selles régulières, mictions normales.

Il y a trois semaines, la mère s'aperçut que son enfant était plus mal portante que d'ordinaire : elle se refusait à rester debout. Un matin, en l'habillant, elle remarqua une tumeur de la grosseur d'une noix. Deux jours après, la tumeur avait acquis l'apparence que nous décrirons plus loin. A aucun moment de l'évolution, la mère n'a remarqué de troubles de la miction : quatre à cinq mictions par jour.

Douleurs intermittentes qui réveillent souvent la patiente. Selles normales.

Depuis deux jours, urines blanchâtres, lactescentes, avec dépôt abondant.

Examen clinique. — Tumeur volumineuse, située dans le flanc gauche, limitée à la palpation par le rebord costal en haut ; en bas, sa limite est à deux travers de doigt au-dessous d'une ligne passant par l'ombilic. Elle fait saillie dans toute la région latérale gauche, des fausses côtes et l'épine iliaque.

Elle est limitée en avant par la ligne médiane.

Coloration normale de la peau.

Pas de circulation collatérale.

Tumeur lisse, régulière, non bosselée.

Gargouillement en bas et en dedans.

Douleur à la palpation : consistance ferme augmentant de la ligne médiane au flanc.

Matité augmentant vers le flanc.

Fluctuation centrale.

Pendant les quelques jours qui ont précédé l'opération, on a noté des urines lactescentes.

Mauvais état général, anorexie.

Température rectale, 38 degrés le soir, 37°4 le matin.

A remarquer une tumeur indolore, non mobilisable de la queue du sourcil droit, de consistance assez ferme, sans fluctuation.

Opération. — Incision de l'hypocondre gauche, un peu en avant de l'incision habituelle de la néphrotomie, partant de l'épine iliaque antéro-supérieure pour aller rejoindre les fausses côtes.

Section du transverse.

On atteint la tumeur : ponction blanche, par la brèche s'écoule une bouillie lie de vin, la quantité en est d'un kilogramme environ.

Le côlon ascendant est en rapport intime avec la tumeur.

Inanité des efforts pour trouver un plan de clivage : on referme la poche sans l'extirper.

L'enfant succomba une heure après l'opération.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on trouve un épanchement pleural gauche de 150 grammes environ : liquide jaune pâle, limpide.

L'abdomen est occupé dans sa moitié gauche par la tumeur qui fait bomber le diaphragme sous le poumon gauche en le refoulant.

La rate est tout à fait haute.

L'estomac est refoulé vers la droite et présente une direction presque verticale. Le pylore est situé à 7 travers de doigt au-dessous du cardia.

Le côlon passe transversalement au-devant de la tumeur à l'union de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur

Le pôle inférieur de la tumeur confine presque au sommet de la vessie.

La tumeur est tapissée par le grand épiploon qui adhère et dont la direction, du fait du déplacement de l'estomac, est oblique en bas et à gauche.

Dimensions de la tumeur :

Hauteur : 17 centimètres. Largeur : 18 centimètres.

Aspect rosé avec quelques placards rouges hémorragiques et de nombreuses arborisations de vasculaires.

Elle est située : au-dessous de la rate à laquelle elle adhère fortement, au-dessous du poumon gauche, à gauche de l'estomac et derrière lui, lui adhérent.

Son point extrême droit affleure le bord interne du rein droit et est recouvert en partie par le foie.

Le pancréas est étendu avec une direction oblique en haut et à gauche, sur la moitié droite de la tumeur.

Le côlon n'adhère à la tumeur qu'au niveau de son angle gauche : point où a porté l'intervention. Le mésocôlon y prend insertion dans toute son étendue.

La tumeur est sphérique, légèrement aplatie d'avant en arrière.

L'intestin ne présente aucune anomalie, aucun signe de compression ou d'altération.

On trouve, échelonnés le long du pédicule du foie, trois ou quatre ganglions, de la grosseur d'un pois. D'autres plus petits sont dans le mésocôlon.

Les nombreuses adhérences de la tumeur rendent sa décoration difficile.

Une capsule l'entoure complètement, adhérente au diaphragme en arrière.

Le péritoine passant directement du diaphragme sur la tumeur, celle-ci mérite donc le nom de rétro-péritonéale.

Elle est libre en arrière, par rapport à la paroi postérieure.

En partant de la vessie, on suit facilement l'uretère : d'apparence normale, il conduit à une masse d'abord prise pour un lobe de la tumeur et qui est la seule portion du rein demeurée saine.

L'incision du rein montre sa quasi-intégrité macroscopique.

Sur une surface grande comme un pièce de 1 franc, la partie supérieure du hile du rein, près du bord interne, apparaît un point comparable à l'aspect général de la tumeur, et qui paraît être son point de départ.

On ne peut trouver trace d'autres organes dans la masse.

L'ensemble de la tumeur est constitué par une série de gros lobes : les uns ne renferment qu'une bouillie déliquescence blanchâtre, les autres plus fermes, de coloration plus claire, opaline, sont bourrés de masses du volume d'une noisette, tranchant par leur coloration jaune pâle et leur consistance caséuse un peu plus ferme.

Uretère perméable dans toute son étendue.

Bassinets intacts.

Le rein droit est normal.

La vessie renferme un peu d'urine trouble et épaisse.

Organes génitaux normaux.

Intestin indemne.

Le mésentère est parsemé de granulations du volume d'un grain de maïs.

Pas de lésions apparentes de l'estomac.

Le foie porte, en teinte pâle, l'empreinte des côtes, il n'offre rien de spécial à la coupe : apparence normale quant au volume et à la consistance.

Le péricarde renferme environ 20 centimètres cubes de liquide citrin.

Cœur normal.

Poumons : teinte un peu foncée du lobe supérieur du poumon droit. Légère congestion de tout ce côté.

Thyroïde normale, ainsi que le thymus.

La rate ne présente en elle-même rien de particulier : pendue à son pédicule, se voit une petite masse de même coloration, qui semble être une rate aberrante.

Diagnostic anatomo-pathologique. — Lymphadénome ayant envahi le rein secondairement.

Petite tumeur de la région temporale, située entre le périoste et l'os, adhérente au périoste, facilement séparable de l'os qui paraît intact.

A l'intérieur, bouillie rougeâtre au sein de laquelle sort des poils rigides en rangées parallèles.

Sur l'os frontal, points rouges disposés en lignes parallèles, semblant avoir donné implantation aux poils.

Kyste dermoïde.

DISCUSSION DU DIAGNOSTIC

Si nous voulons analyser brièvement cette observation au point de vue clinique, nous nous trouvons en présence d'une jeune fille, en bonne santé, qui voit son ventre grossir progressivement ; c'est avec quelques irrégularités menstruelles, la seule raison qui la conduit au chirurgien.

L'examen nous fait apprécier une tumeur occu-

pant tout l'abdomen, fluctuante par places, dure en d'autres points, mate dans toute son étendue. Il importe de voir quels diagnostics pouvaient être posés, et s'il y avait des raisons militent pour le vrai.

Nous éliminerons d'abord *la grossesse*. Sauf les irrégularités des époques, il n'y avait aucun signe ni commémoratif permettant de la supposer.

On trouve presque toujours le diagnostic de *kyste de l'ovaire* en conclusion pré-opératoire des observations publiées, et il y a pour cela de bonnes raisons. Ce fut le diagnostic de notre maître, parce que, cliniquement, c'était le plus simple et en vérité le plus probable : l'âge de la malade, l'extension de la tumeur, sa plongée dans le bassin, tout y conduisait normalement. Il y aurait eu contre ce diagnostic le fait que la tumeur s'était développée sans poussées, qu'elle n'exerçait pas de compression, et qu'une tumeur de ce volume, à supposer que ce fut un kyste de l'ovaire, aurait dû influencer l'état général.

Il eût été moins justifié de diagnostiquer un *fibrome de l'utérus* : la tumeur ne faisait, en effet, pas corps avec cet organe, la malade n'accusait ni hémorragie ni hydorrhée, comme nous l'avons dit plus haut, il n'y avait pas de phénomène de compression.

Les *affections cancéreuses du rein*, et, en particulier, le *sarcome*, auraient pu induire en erreur sous la réserve cependant que, pour un sarcome, notre malade était trop ou pas assez âgée. Cette affection se rencontre surtout chez les enfants et chez les vieillards,

De plus, elle s'accompagne de douleurs, d'hématuries et d'un état fébrile. Il est à remarquer que lorsqu'on soupçonne une tumeur de cette nature, et d'ailleurs du rein en général, on recherche la bande de sonorité colique : symptôme objectif de très grande importance. Dans le cas qui nous occupe, il n'existait rien de semblable.

Il eût été plus facile de porter le diagnostic d'*hydro-néphrose* sur l'aspect de la tumeur. Mais il fallait aussi considérer que la malade ne présentait aucun symptôme urinaire : elle ignorait totalement les débâcles si caractéristiques.

L'hypothèse de *kyste du pancréas* était plausible. Nous l'émettons d'autant plus volontiers qu'elle est précisée dans un cas analogue de M. Potherat, auquel nous nous référerons plus loin. Il n'y avait pas plus dans notre cas que dans le sien « aucun des troubles physiologiques qu'on observe habituellement dans les affections du pancréas, ni du côté de la peau, ni du côté des fèces, ni dans les fonctions du tube digestif il n'existait de manifestations se rapportant à une pareille lésion ».

Il y avait à se garder de penser à une *péritonite tuberculeuse*. L'état général de la malade eut, à lui seul, infirmé le diagnostic.

Une *tumeur du ligament large* eût été accessible par le toucher vaginal.

L'*occlusion intestinale* s'accompagne de phénomènes aigus caractéristiques.

Le manque de frémissement hydatique, et des

signes spéciaux au *kyste hydatique* de la face inférieure du foie, excluaient cette affection.

De même, la *splénomégalie* n'était pas en cause à cause de la prédominance droite et de l'absence de tout son complexe symptomatique ordinaire.

Cependant, on ne peut mettre hors de cause la rate. M. Potherat, dans le cas précité, avait conclu à un *kyste de la rate*. « Bien, dit-il, que ce diagnostic fût loin de me satisfaire, c'est à celui de « kyste de la rate que je m'arrêterai ».

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC LES KYSTES DU MÉSENTÈRE ET DU MÉSOCOLON

Nous en arrivons à une variété de tumeurs proche de celle dont nous nous occupons et qu'il nous faudra différencier d'avec elle. Nous étudierons pour cela, très brièvement, cette variété, les kystes du mésentère et du mésocôlon, tant au point de vue clinique, qu'à celui de l'histologie et de la chimie : nous ferons ensuite la comparaison pour voir s'il y a une identification possible entre ces tumeurs et la nôtre.

Le diagnostic des kystes du mésentère est très difficile à cause du manque de signes objectifs. Il est une phrase de Terrier et Lecène qui devrait décourager ceux qui étudient ces tumeurs. « En effet, disent ces auteurs, spécialement à propos des kystes

du mésocôlon, jamais le diagnostic n'a été fait, et nous doutons fort qu'il le soit jamais. »

Nous emprunterons la description des kystes du mésentère et du mésocôlon, d'une part, aux traités classiques, de l'autre, à une excellente mise au point qui en a été faite par MM. Herrera y Vegas et J.-M. Jorge, dans la *Revista de la Sociedad Medica Argentina*, n° 92, 1908, à propos d'un cas observé et opéré par eux. Cette étude se fonde d'ailleurs en partie sur celle de MM. Terrier et Lecène, *Revue de Chirurgie*, 1904.

Le seul indice de la présence des kystes du mésentère et du mésocôlon est l'augmentation de volume de l'abdomen. Le début en est insidieux. Sauf les cas où le malade est inquiété par l'accroissement de son ventre, il est conduit au médecin par une douleur brusque produite par de l'occlusion intestinale réelle par compression ou la simulant. La région ombilicale est le siège le plus fréquent de la douleur. C'est aussi à partir de l'ombilic que se fait le développement de la douleur.

Un des principaux caractères de ces tumeurs, c'est d'être immobile transversalement, souvent horizontalement. Leur mobilité transversale les distingue des tumeurs du pancréas.

A travers la paroi, leur surface est lisse : elle peut aussi être fluctuante par endroits. Souvent on trouve une zone de sonorité au-devant de la tumeur. Quand elle atteint un certain volume, il survient des troubles

de compression, puis concomitamment, des troubles digestifs.

L'évolution est généralement longue. Les auteurs précités font remarquer combien, en somme, la symptomatologie de ces tumeurs est vague : aucun des signes, d'ailleurs peu précis, que nous venons d'énoncer, ne leur appartient en propre. Ils insistent sur la différence avec les kystes du pancréas ; ceux-ci ont une marche plus rapide et retentissent fortement sur l'état général.

Il est bien évident que le diagnostic est à faire, des kystes du mésentère et du mésocôlon, avec toutes les affections que nous avons énumérées plus haut. Il est de plus une confusion possible qui a été le point de départ du travail de MM. Herrera Vegas et J.-M. Jorge : le kyste du mésocôlon ascendant, auquel ils ont eu affaire, avait été pris pour une appendicite suppurée, et l'intervention avait été commencée en conséquence. Il faut remarquer que l'appendicite, à l'époque de son évolution où cette confusion est possible, est nettement limitée, dans la grande majorité des cas, au point ou aux environs du point de Mac Burney, et qu'elle s'accompagne de symptômes plus nettement péritonéaux. Néanmoins, cet exemple montre une fois de plus combien la notion des kystes mésentériques ou mésocoliques trouble le diagnostic différentiel des tumeurs abdominales ou des affections abdominales inflammatoires aiguës.

Nous avons surtout en vue, en ce moment, les kystes du mésentère ou du mésocôlon proprement

aits, mais il en est d'autres, situés également dans les replis péritonéaux, et qui participent du même mode de formation : ce sont des kystes inclus dans le méso-appendice et dans l'épiploon gastro-hépatique.

Dans la statistique de Herrera Vegas, on trouve :

Kystes du mésocôlon.....	10
Kystes du mésentère.....	2
Kystes du méso-appendice.....	1
Kystes de l'épiploon gastro-hépatique.....	1
Kystes du ligament gastro-colique.....	1

D'après leur contenu, les kystes du mésentère et du mésocôlon peuvent être rangés en hydatiques et séreux. Les hydatiques sont très rares, et ne se rencontrent jamais en cette situation comme manifestations isolées de l'échinococcose.

Les kystes séreux seraient dus à une altération du système lymphatique. D'après Parson (*Journal of the American medical Association*), cité par Duplay et Reclus, leur paroi présente trois couches : l'externe est fibreuse, la moyenne conjonctive et vasculaire avec des follicules lymphatiques et du tissu lymphoïde, enfin l'interne est épithéliale. Leur contenu est fluide, devient crémeux ; parfois il doit une coloration brunâtre à la présence de sang.

La densité de leur liquide est en moyenne de 1,014. Au point de vue chimique, ils sont alcalins, contenant de l'albumine et pas de fibrine, des carbonates, du chlorure de sodium, des sulfates en cristaux.

Parmi tout ce contenu, se trouvent des cellules ayant subi la dégénérescence graisseuse et même des globules de graisse.

L'origine de ces tumeurs liquides est généralement attribuée au système lymphatique, et trois explications sont en présence :

1° La dégénérescence des ganglions ;

3° L'ectasie des chylifères ou des canaux lymphatiques ;

3° La rupture des vaisseaux lymphatiques, avec enkystement du liquide répandu.

Nous rappellerons pour mémoire, d'après Duplay et Reclus, une observation de Howship Dickinson (*Transact. of the Pathologie Society of London*). Cet auteur trouva une tumeur éminemment complexe, contenant des noyaux cartilagineux et osseux développés dans des masses conjonctives, du tissu adipeux, des kystes à endothélium tapissé de cils vibratiles.

Nous trouvions-nous en présence d'un kyste du mésentère ou du mésocôlon ?

Nous chercherons à résoudre cette question, en comparant les caractères de notre tumeur avec ceux précédemment énoncés de ces affections, tant au point de vue clinique que chimique et anatomo-pathologique.

Cliniquement, il eût été plausible de penser à une tumeur de ce genre, mais il eût aussi été très difficile de le faire, étant donné la rareté de ces affections. Le diagnostic chirurgical en présence de signes de

probabilité, s'en tient d'abord aux choses les plus simples. Il était pourtant un signe qui, parmi une symptomatologie aussi imprécise, acquérait une certaine valeur pour faire rejeter le diagnostic de kyste du mésentère : c'était l'absence de mobilité de la tumeur. Celle-ci, de par son caractère nettement rétro-péritonéal, était fixée sur la paroi abdominale postérieure.

A supposer néanmoins que ce diagnostic ait été posé devant la tumeur en place, eût-on pu le maintenir après son ablation ? Non. En effet, Bernard Cunéo fait remarquer une différence capitale entre les kystes du mésentère ou du mésocôlon et les kystes rétro-péritonéaux. Les premiers ne doivent leur nom qu'à leur inclusion entre les feuillets de la séreuse péritonéale. Herrera Vegas et J.-M. Jorge donnent, dans leur étude, une reproduction typique du kyste qu'ils ont opéré : on y voit une masse que recouvre comme un voile le feuillet droit du mésocôlon ascendant, masse qui est continuée immédiatement par l'intestin. Rien de semblable dans notre tumeur, aucune connexion avec l'intestin.

Les kystes mésentériques ou mésocoliques ne sont point, à proprement parler, des tumeurs rétro-péritonéales, mais intra-péritonéales : le péritoine pouvant encore s'accoler derrière eux pour former un méso. D'autre part, l'intestin s'accole en avant d'eux, fournissant ainsi ce qu'on pourrait appeler un méso-inter-entéro-kystique.

Le contenu ordinaire des kystes mésentériques ou

mésocoliques est ordinairement chyleux : l'analyse chimique a écarté la notion d'un liquide de telle nature dans notre tumeur.

De même, l'examen histologique n'y montre rien de semblable pour la structure, à ce qu'y a trouvé Parson.

En somme, nous nous trouvions en présence d'une tumeur rétro-péritonéale, sans aucun rapport de voisinage avec l'intestin. Le côlon ascendant était rejeté avec son méso, bien à gauche, et il n'est revenu prendre sa place qu'après l'exérèse de la tumeur.

Donc, nous chercherons à situer la tumeur qui nous occupe dans le groupe des tumeurs rétro-péritonéales, groupe d'éléments relativement rares.

Notre documentation a diverses sources : nous résumerons d'abord une observation de M. Potherat, concernant un cas semblable en beaucoup de points, et nous en rapporterons, complètement, une de B. Cunéo. Toutes deux sont suivies de considérants de leurs auteurs, qui nous furent très utiles. D'autre part, nous nous inspirerons d'un article de Papanicol de Galatz, et de l'ouvrage du professeur Sacconagghi de Pavie.

L'observation ci-après résumée fut publiée par MM. Potherat et Chambard, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* (7 décembre 1906) sous ce titre : *Un cas de lymphangiome kystique de la capsule surrénale gauche.*

Il s'agit d'une femme de quarante et un ans, qui

entre à l'hôpital pour la gêne et l'inquiétude que lui procure son ventre constamment grossissant.

Cette augmentation de volume est due à une tumeur localisée à la région latérale gauche.

Six ans auparavant, à l'occasion d'une grossesse gémellaire, on avait trouvé dans son ventre une masse insolite : cette masse avait évolué sans grands troubles fonctionnels, n'occasionnant que des douleurs en ceinture.

La tumeur s'était développée plus rapidement pendant l'année qui avait précédé l'entrée à l'hôpital.

Suit l'examen du ventre :

« A la palpation, il est aisé de se rendre compte qu'il y a là une tumeur abdominale, à surface ronde, régulière, lisse, dont on suit assez bien les contours. La palpation, aidée de la percussion, montre qu'en haut elle s'engage sous le rebord du thorax qu'elle soulève modérément ; en bas, elle descend un peu en dessous d'une horizontale, passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure.

» En dedans elle dépasse la ligne médiane de quelques travers de doigt, surtout dans la région ombilicale. En dehors, elle occupe tout le flanc gauche, elle remplit et refoule la fosse lombaire en arrière. La tumeur est de consistance homogène, elle est nettement fluctuante dans tous les sens ; dans toute son étendue, la percussion révèle une matité absolue ; en aucun point, et particulièrement en avant où nous l'avons recherchée avec une attention toute spéciale, on n'observe de sonorité, ni

même de submatité. Les manœuvres nécessitées par l'examen n'éveillent aucune douleur appréciable.

» Malgré ses grandes dimensions, qui font que les parois de l'abdomen s'étendent sur elle, cette tumeur peut être mobilisée dans une étendue appréciable, surtout dans le sens transversal. C'est ainsi qu'on peut la repousser plus encore à gauche, et tendre fortement le flanc et la fosse lombaire gauche, qu'on peut la ramener à droite, à ce point que sa partie la plus saillante qui est nettement à gauche, au repos, vienne atteindre et même dépasser la ligne médiane vers la droite, dans le sens vertical. On peut aussi déplacer la tumeur, mais dans une étendue beaucoup moindre. »

Les auteurs font un diagnostic différentiel très étudié, envisagent l'hypothèse de kyste du mésentère et s'arrêtent sans être bien satisfaits au diagnostic de kyste du pancréas.

L'état de la malade imposait une intervention : on pratiqua une laparotomie antérieure verticale latérale gauche.

La tumeur apparut nettement rétro-péritonéale, rétro-colique. Le côlon vide et flasque n'avait pu se révéler par de la sonorité. Incision du péritoine, ponction et évacuation de la tumeur, puis après découverte d'un bon plan de clivage, ablation de toute la poche.

Le rein était intimement adhérent à la tumeur par son bord antérieur, et l'ablation du kyste, une fois faite, il resta « dénudé jusqu'à sa capsule propre

exclusivement, mais somme toute parfaitement intact ».

Les suites opératoires furent simples.

L'observation se complète par la description de la tumeur, description qui ne présente rien de spécial jusqu'à la découverte de « petites masses irrégulières, granuleuses, légèrement saillantes et de coloration jaune qui tranche sur le blanc mat de la paroi du kyste ».

Disons que l'examen histologique révéla la composition de ces granulations : tissu de la capsule surrénale.

Le détail de l'examen montra pour la couche externe un réticulum conjonctif emprisonnant des cellules lymphatiques, des îlots lymphoïdes, des vaisseaux sanguins et lymphatiques. On ne trouva ni épithélium ni endothélium dans la couche moyenne.

La couche interne était constituée par de la fibrine, reliquat d'une hémorragie antérieure, avec tendance à l'organisation.

MM. Potherat et Chambart font rentrer cette tumeur, d'une part, dans les kystes de la capsule surrénale, de l'autre dans les lymphangiomes kystiques. Dans ce cas, l'origine est nettement déterminée, la composition histologique de même. Nous n'avons pu, comme il sera dit plus tard, apporter à beaucoup près de semblables précisions, mais nous avons tenu à juxtaposer cette observation, ainsi que la suivante, au point de vue de la symptomatologie.

OBSERVATION III

(B. Cunéo, *Archives générales de médecine*, février 1904.)

D..., âgée de trente et un ans, entre à l'hôpital le 27 août 1906. Depuis quatre ans, cette malade remarquait que son ventre augmentait progressivement de volume. Elle s'est aperçue de cette augmentation au moment d'une grossesse et en raison des phénomènes douloureux qui ont fait leur apparition à cette époque. Ces phénomènes douloureux ont constitué, depuis, le symptôme le plus caractéristique. Ils se manifestent sous la forme d'une douleur en barre, survenant par crises et occupant la partie inférieure de l'abdomen, sans prédilection pour les côtés. La crise douloureuse apparaît généralement quand la malade est debout. Elle dure une demi-heure et disparaît quand la malade se couche sur le côté droit ou sur le ventre : elle s'exaspère au contraire par le décubitus dorsal. La palpation du ventre n'éveille aucune sensibilité.

Ces troubles digestifs sont peu marqués. L'appétit est conservé. Il existe un peu de constipation. Même au moment des crises, il ne se produit jamais de vomissements.

Jusqu'à ces derniers temps, les règles ont été normales. Mais depuis quelques mois, les menstruations sont devenues irrégulières sans cependant s'accompagner de douleurs. Par contre, la barre abdominale revenait de plus en plus pénible, et c'est ce qui a déterminé la malade à entrer à l'hôpital.

Il n'y a rien de particulier à noter dans les antécédents, sauf deux grossesses dont la dernière remonte à quatre ans.

Les deux enfants sont bien portants et les accouchements n'ont présenté aucune difficulté.

A l'examen, on se trouve en présence d'une femme dont l'état général paraît excellent, bien qu'elle déclare avoir maigri depuis quelques mois.

On est immédiatement frappé par l'augmentation de volume du ventre : celui-ci est uniformément distendu. Il n'existe aucune asymétrie. L'ombilic n'est passillant. On ne trouve pas de circulation veineuse collatérale.

La palpation n'éveille aucune douleur. Elle permet de constater la présence d'une masse très volumineuse remplissant toute la partie inférieure de l'abdomen et remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette masse est nettement fluctuante, sa surface est régulière, sa mobilité à peu près nulle.

La tumeur est mate à la percussion ; mais la bande de sonorité colique n'est pas recherchée avec soin. Le toucher montre un utérus normal avec un col légèrement déchiré et un corps mobile bien distinct de la masse abdominale.

On pose le diagnostic de *kyste de l'ovaire*.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on constate que la tumeur kystique est indépendante des annexes et est placée en arrière du péritoine intestinal. L'intestin grêle est rejeté à droite, le côlon descendant est refoulé à gauche et la face antérieure du kyste est croisée par les vaisseaux coliques gauches. On pense à un kyste séreux appartenant au groupe des kystes dits du mésentère. Pensant qu'il s'agit en l'espèce d'un kyste développé aux dépens des débris séreux ménagés au moment de la coalescence du mésocôlon descendant avec le péritoine

pariétal postérieur, nous renonçons à aborder la tumeur en passant au travers de l'un des intervalles limités par les branches des vaisseaux coliques gauches, et nous décidons de pratiquer le décollement du mésocôlon descendant. Après avoir incisé le péritoine en dehors et au ras du côlon descendant, nous procédons avec la plus grande facilité au décollement de ce segment de l'intestin et de son mésocôlon vasculaire, et nous mettons ainsi à nu la face antérieure de la masse kystique. Nous réduisons alors le volume de celle-ci en aspirant la plus grande partie de son contenu et nous achevons de détacher la poche des organes placés en arrière d'elle. Cet isolément s'exécute très aisément sans provoquer la moindre hémorragie. On peut ainsi achever l'ablation de la tumeur sans placer une seule ligature. Le côlon est remplacé dans sa situation initiale et l'incision du péritoine postérieur est suturée sauf au niveau d'un point qui livre passage à un drain qui pénètre dans la cavité de décollement. Guérison sans incident.

Examen macroscopique. — La tumeur est constituée par une poche unique dont l'épaisseur assez uniforme varie entre 6 et 8 millimètres. Sa surface extérieure est gris bleuté. Sa face profonde est noirâtre et par places, d'aspect feuilleté rappelant l'aspect de la tunique vaginale dans les cas d'hématocèle.

Le liquide, contenu dans la poche et dont la quantité n'a pas été mesurée, est noirâtre, peu ou pas visqueux et présente un relief brillant dû à de nombreuses paillettes de cholestérine.

L'examen histologique, pratiqué par M. Milian, a montré que la paroi du kyste était formée par un tissu fibreux, dense, contenant de nombreux vaisseaux.

La nitratisation a permis de constater par places un revêtement endothélial mal conservé.

L'examen chimique n'a pas permis de retrouver de traces de ferments pancréatiques.

ÉTUDE GÉNÉRALE

SUR LES TUMEURS RÉTRO-PÉRITONÉALES

Les travaux d'ensemble sont rares sur le sujet des tumeurs rétro-péritonéales, en général. Nous avons d'abord trouvé une revue de la question par Papanicol de Galatz, traduite par Roudinesco dans *la Presse médicale* (n° 57, 1908) tirée de *Rivista de chirurgia*, octobre 1908, p. 486.

Cet auteur décrit un espace rétro-péritonéal latéral limité en haut par le diaphragme, en dedans par la colonne vertébrale, en bas par la ligne innommée, en dehors par la région abdominale latérale.

La paroi postérieure est formée par la paroi postérieure de l'abdomen : carré des lombes et psoas.

La paroi antérieure est formée par le côlon ascendant, et l'origine du mésentère à droite, par le côlon descendant à gauche.

On y rencontre une grande variété de tumeurs : lipomes, chondromes, fibromes, myomes, myxomes, sarcomes, neuromes et enfin kystes.

La question a été reprise tout au long dans *le Traité de diagnostic des tumeurs abdominales* de

M. le professeur Sacconaghi. La bibliographie y est très abondante, rassemblant surtout des travaux allemands et italiens. Nous donnerons un aperçu du chapitre ayant trait aux tumeurs du rétro-péritoine, pour avoir un cadre dans lequel faire entrer notre cas.

Sous le nom de tumeurs du rétro-péritoine, l'auteur comprend celles qui proviennent soit du tissu rétro-péritonéal, limité en haut par l'insertion du diaphragme, en bas par l'entrée dans le petit bassin et latéralement par le cæcum — côlon — soit des petits organes cliniquement non individualisables qui occupent le rétro-péritoine. Parmi ces derniers, il faut noter les ganglions lymphatiques, les parties aberrantes des capsules surrénales, les vestiges du corps de Wolff, c'est-à-dire du mésonéphros ou des canaux qui y correspondent, c'est-à-dire du canal de Wolff et de celui de Muller.

Il faut, dit-il encore, rapporter au rétro-péritoine les tumeurs bénignes, malignes ou kystiques désignées par certains auteurs sous le nom de péri ou para-rénales, ou encore sous le nom de tumeurs de la membrane fibreuse ou de la capsule adipeuse du rein, et qui peuvent parfois entourer complètement l'organe.

Rappelant les travaux de Witzel et de Gœbell, Sacconaghi fait une division générale de ces tumeurs.

1° *Au point de vue de leur situation topographique*, elles sont médianes au début de leur évolution, se déjettent ensuite à mesure qu'elle se développent

vers les côtés. Le plus souvent leur point de départ est latéral ;

2° *Au point de vue de leurs rapports de continuité avec un viscère ou une tumeur adjacente individualisable*, ces tumeurs n'offrent aucune connexion semblable ;

3° *Au point de vue de leurs rapports de siège avec l'appareil digestif*, suivant que la tumeur est latérale ou médiane, le côlon se trouve au-devant d'elle ou autour d'elle ;

4° *Au point de vue de la mobilité*. — En général, elles sont fixes, sauf quelques cas, où elles présentent une certaine « déplaçabilité manuelle ».

Cette classification faite, l'auteur range les tumeurs rétro-péritonéales suivant leur nature histologique, et il décrit donc ainsi :

Néoplasmes malins (tumeurs rétro-péritonéales de Lobstein).

Les sarcomes sont plus généralement, primitifs, les autres tumeurs sont secondaires à un néoplasme abdominal, ou du testicule. Ces néoformations sont extrêmement rares ; la moyenne est un cas sur mille tumeurs de même nature sur tout l'organisme.

Leur accroissement est rapide et leur symptomatologie est en conséquence.

Des métastases sont fréquentes.

Ces tumeurs sont spéciales à l'enfance.

Néoplasmes bénins. — Ce sont des fibromes, mixomes, lipomes, neuromes, myomes. On trouve

plus fréquemment des lipomés. Les observations recueillies atteignent 100, qu'ils s'agisse de lipomes purs, de mixo-lipomes, de fibro-lipomes ou d'ostéolipomes. Sacconaghi cite une tumeur décrite par Waldeyer, qui pesait 31 kgr. 500. C'est dire le développement que peuvent atteindre les lipomes. On trouve ces tumeurs constituées par plusieurs lobes qu'il est d'ailleurs impossible de différencier à la palpation, la consistance de ces lobes peut être variable. Le lipome rétro-péritonéal atteint plutôt la femme que l'homme, et surtout l'âge adulte.

Il faudrait rapporter au rétro-péritoine les lipomes décrits sous le nom de lipomes du mésentère.

Dans le groupe des tumeurs malignes, rentrent encore des « tumeurs très rares » neuromes gangliocellulaires provenant du sympathique. Il n'en est connu que 10 observations.

Kystes parasitaires et non parasitaires :

« Les kystes parasitaires (échinococciques) sont très rares, et je ne saurais citer que 6 cas.

» Les kystes non parasitaires sont rares sans être exceptionnels. Les variétés séreuse et lactigineuse sont les moins rares : les types hémorragique et dermoïde n'ont été rencontrés que dans un nombre de cas très restreint, sauf les kystes hémorragiques, ou mieux dit, les hématomes péri ou para-rénaux d'origine traumatique. »

A noter certaines tumeurs juxta-rénales qui sont des diverticules du bassin et peuvent être même

cliniquement considérés comme tels par leur intermittence et leur déplétion par la pression.

Tumeurs des ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux. — Les altérations ganglionnaires peuvent être dues à la tuberculose, la syphilis, la leucémie ou la pseudo-leucémie.

Aucun caractère clinique spécifique.

Néof formation conjonctive syphilitique. — Citée seulement par souci d'exactitude, on n'en connaît que 2 cas (Fournier, Lœb). Le malade de Fournier guérit par le traitement, celui de Lœb mourut au milieu de phénomènes d'ileus.

Abcès ou phlegmon. — Les origines des suppurations rétro-péritonéales sont : infection venant de l'appendice, des organes génitaux féminins, du rein, des os (mal de Pott, coxalgie).

Cette infection peut venir aussi de l'estomac ou des voies biliaires, elle peut avoir une origine métastatique.

Le palper perçoit une fluctuation que l'absence de fièvre permettra de différencier des abcès ossifluents.

Sacconaghi rapporte aux collections chaudes rétro-péritonéales les cas dénommés abcès du psoas.

*La tumeur que nous étudions est
un kyste rétro-péritonéal*

Cet exposé de la mise au point qui nous a paru la plus récente — des tumeurs rétro-péritonéales — nous

permettra de situer approximativement celle qui nous occupe dans un groupe déterminé. C'est un kyste rétro-péritonéal juxta-rénal.

C'est tout ce que nous pouvons dire d'ailleurs.

Et lorsque nous aurons passé en revue les diverses opinions sur l'origine de ces tumeurs, en général, la question ne sera pas résolue.

Ces kystes forment, dit M. Potherat, des classes multiples plus ou moins bien différenciées au point de vue de leur étiologie, sinon au point de vue anatomique.

Et il cite la thèse d'Agrégation d'Augagneur, Druckbert (*Archives générales de Chirurgie*, février 1908), B. Cunéo (*Archives générales de Chirurgie*, février 1909).

« Pour eux, dit-il, les kystes rétro-péritonéaux auraient une origine congénitale, en ce sens, qu'ils se développeraient dans les récessus paracoliques de Toldt, résultant d'un défaut ou d'une imperfection de coalescence entre le péritoine pariétal postérieur et le péritoine mésocolique. Ces irrégularités de coalescence en créant des fossettes, des diverticules péritonéaux plus ou moins profonds, sorte d'arrière-cavité des côlons, tiendraient tout préparés des lieux de production pour des amas de sérosité qui constitueraient tout naturellement des kystes rétro-péritonéaux. »

D'autre part, certains de ces kystes contiennent une grande quantité de tissu lymphoïde, d'où origine lymphatique indiscutable.

Cependant, B. Cunéo n'admet pas cette explica-

tion. Ce n'est pas une raison d'en faire des lymphangiomes, parce que leur contenu peut être chyleux : tous les lymphangiomes ne sont pas à beaucoup près à contenu chyleux, il s'en développe en beaucoup d'endroits du corps qui ont un contenu clair.

Une autre explication est plus plausible, les kystes rétro-péritonéaux seraient formés aux dépens d'une des ébauches primitives du rein, soit du pronéphros, premier stade de formation de cet organe, soit du corps de Wolff, second stade.

A laquelle de ces hypothèses nous attacherons-nous pour qualifier la tumeur que nous étudions ?

1° On ne saurait — se rappelant une observation antérieure dans ce travail aux considérations immédiatement sus-énoncées — lui attribuer une origine surrénale. L'examen histologique minutieux qui en a été fait permet d'écarter cette hypothèse ;

2° Ce n'est pas un kyste chyleux : ceci peut être affirmé d'une manière certaine, sauf une densité semblable 1.014, le liquide n'a rien de commun avec celui contenu dans les tumeurs de telle nature. Ce dernier est composé presque exclusivement de graisse, celui de notre kyste n'en contenait que 120/0 ;

3° D'autre part, rien ne lui assigne une origine wolffienne, au contraire, l'absence d'épithélium défend de l'y rattacher.

Faute d'explication, nous dirons que peut-être sont intervenues des dégénérescences qui ont changé la nature des éléments caractéristiques, et empêche toute différenciation.

CONSIDÉRATION
SUR LA SYMPTOMATOLOGIE
DES KYSTES RÉTRO-PÉRITONÉAUX

Pour le cas qui nous occupe, rien de typique, la rareté de ces affections écarte la possibilité d'un diagnostic ferme.

On note naturellement l'augmentation de volume de l'abdomen, qui peut se traduire par des compressions de toutes sortes.

Il est possible de trouver en avant une bande de sonorité due à la présence de l'intestin, et propre à égarer le diagnostic vers celui de tumeur rénale.

On a, en effet, vu la tumeur décoller les feuillets du mésocôlon et s'insinuer sous l'intestin qui se trouvait ainsi la chevaucher : elle n'en demeurerait pas moins rétro-péritonéale.

La douleur n'est point constante, elle a été signalée par crises, notre malade n'avait jamais souffert.

Il semble qu'on puisse répéter, à propos des tumeurs du rétro-péritoine, la parole de Terrier et Lecène au sujet du diagnostic des kystes du méso-

côlon : « Jamais le diagnostic n'a été fait, et nous doutons fort qu'il le soit jamais. »

Il n'a été contredit à cette sentence que par le cas où Terrier lui-même fit le diagnostic exact de siège et de nature d'un lipome rétro-péritonéal.

TRAITEMENT DES TUMEURS DU RÉTRO-PÉRITOINE

Le diagnostic en est pratiquement impossible, aussi l'intervention est-elle destinée, dans l'esprit du chirurgien qui l'entreprend, à l'ablation d'un kyste de l'ovaire, ou bien est-ce simplement une laparotomie exploratrice dans l'incertitude de la nature du mal.

Deux cas se présentent :

Ou bien l'énucléation transpéritonéale est facile, ce qui arriva dans le cas que nous présentons, et les suites sont normales, après assèchement de la cavité et drainage du péritoine,

Ou bien l'énucléation est impossible et il faut alors marsupialiser. De l'avis de tous les chirurgiens, ainsi que le montre M. Potherat, il faut marsupialiser à la région lombaire après avoir par la suture du péritoine isolé la cavité abdominale; seulement alors le malade peut guérir.

Il est bien évident que si le diagnostic pouvait être fait, la seule voie d'abord serait la voie lombaire; mais comme nous l'avons dit, seul M. Terrier l'a affirmé une fois, et dans l'incertitude finale, il a emprunté la voie transabdomino-péritonéale.

CONCLUSIONS

La tumeur qui fait l'objet de ce travail peut être désignée sous le nom de kyste rétro-péritonéal pararénal.

Elle se distingue nettement quant à sa situation et à son contenu des kystes inclus dans les feuillettes du mésentère.

Sa nature histologique ne nous permet aucune conclusion ferme quant à son origine.

Nous présumons, cette origine étant la plus vraisemblable, qu'elle est formée aux dépens du pronéphros ou ébauche glomérulaire du rein, soit encore du corps de Wolff, ébauche secondaire, sans que rien dans l'examen histologique autorise pareille hypothèse, ou guide vers elle. Nous faisons cette réserve que peut-être des dégénérescences sont-elles intervenues pour détruire tout élément de différenciation.

Nous proposons cette observation, qui nous a été transmise aussi complète qu'on peut le désirer,

comme jalon pour l'étude encore inachevée des tumeurs du rétro-péritoine. Sans doute des surprises opératoires semblables, répétées, éclaireront-elles la question.

Vu : le Président de thèse,
KIRMISSON

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie.
- HERRERA VEGAS et JORGE (M.-J.). — Kyste séreux congénital du mésocolon (Revista de la Sociedad Medica Argentina, n° 92, sept.-oct. 1908).
- CUNÉO (Bernard). — Un cas de kyste dit du mésentère (Arch. gén. de méd.).
- PAPANICOL (de Galatz). — In Revista de Chirurgie, n° 10, trad. Roudinesco (Presse médicale, n° 4).
- TERRIER et LECÈNE. — Rev. de Chirurgie, 1904.
- HARTMANN. — Bull. Soc. de Chirurgie, 1905, p. 1641.
- TUFFIER. — Soc. de Chirurg., 1904.
- KIRMISSON. — Soc. de Chirurg., 1904.
- POTHERAT et CHAMBARD. — Un cas de lymphangiôme kystique de la capsule surrénale du côté gauche (Soc. de Chirurg., n° 35, XII, 1909).
- AUGAGNEUR. — Thèse d'agrégation, 1886.
- SACCONAGHI. — Diagnostic des tumeurs abdominales. Trad. Mayer et Pinchart. Maloine, 1911.
- MOIROUD. — Les Tumeurs du mésentère. (Gaz. des Hôp., 31 août 1912, 7 sept. 1912).
-

